

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE ALERTA DE NECESIDADES ESPECIALES**

|   |                |                                 |  |
|---|----------------|---------------------------------|--|
| Nombre del niño(a)  |                | Nombre al que el niño responde: |  |
| Fecha de nacimiento:  |                |                                 |  |
| Padre, Madre, Padres / Custodio(s):   |                |                                 |  |
| Teléfono de casa:   |                | Teléfono del trabajo:           |  |
| Teléfono celular:   |                | Correo electrónico:             |  |
| <b>INFORMACIÓN DEL DOMICILIO</b>  |                |                                 |  |
| Dirección:  |                |                                 |  |
| Ciudad:   | Código postal: | Condado:                        |  |
| Descripción de su domicilio:  |                |                                 |  |
| La mejor entrada para el personal de Servicios Médicos de Emergencia (EMS):                     |                |                                 |  |
| Ubicación del habitación del niño(a):   |                |                                 |  |
| Departamento local de bomberos / Servicio de ambulancia:  |                |                                 |  |
| Nombre de la persona que brinda cuidado (si es otra que no sea el padre o la madre / custodio): |                |                                 |  |
| Numero de teléfono de la persona que brinda cuidado:  |                |                                 |  |
| <b>INFORMACIÓN DE GUARDERÍA / ESCUELA / PROGRAMA DURANTE EL DÍA</b>                             |                |                                 |  |
| Guardería / Escuela / Programa durante el día:  |                |                                 |  |
| Dirección:  |                |                                 |  |
| Ciudad:   | Código postal: | Condado:                        |  |
| Departamento local de bomberos / Servicio de ambulancia:  |                |                                 |  |
| <b>INFORMACIÓN MÉDICA</b>   |                |                                 |  |
| Asunto médico primario:   |                |                                 |  |
| Otros asuntos médicos / diagnósticos:   |                |                                 |  |
| Dispositivos de tecnología / de ayuda:  |                |                                 |  |
| Instrucciones especiales:   |                |                                 |  |

| <b>PARA USO INTERNO SOLAMENTE</b> |   |   |
|-----------------------------------|---|---|
| Fecha de la aplicación            | <input type="checkbox"/> Tecnología     | <input type="checkbox"/> Comportamiento |
| Fecha de inscripción              | <input type="checkbox"/> Sin tecnología | <input type="checkbox"/> Medicamentos   |
| Fecha de la visita al domicilio   | Agencia:                                |   |

